

口腔卫生、并发症的干预,并积极改善患者的心态,帮助其树立战胜疾病的信心,提高训练的耐受力,护理人员耐心对患者进行动作的指导,使患者逐渐恢复吞咽反射等,有利于刺激大脑皮质功能,促进血液循环,改善咽喉部肌肉的灵活性,防止肌肉萎缩,最终彻底将吞咽机能得以恢复。本研究结果还显示,干预组吞咽障碍等级优于常规组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。综上所述,给予脑卒中后吞咽障碍的患者低频电刺激、吞咽训练配合康复护理后,明显降低吞咽功能障碍的程度,进而促进了机体恢复。

参考文献

[1]王江玲,戴新娟,翟晓萍,等.神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效的 Meta 分析[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(1):48-54.  
 [2]闫瑾,郭泽春.呼吸训练结合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效[J].心血管康复医学杂志,2018,27(4):394-397.  
 [3]王舒,沈晓艳,莫丹,等.经颅直流电刺激联合吞咽训练对脑卒中后

吞咽功能障碍的临床疗效观察[J].神经损伤与功能重建,2019,14(4):209-211.  
 [4]陈丹,郭海英.针刺结合康复训练治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍疗效观察[J].中国针灸,2018,38(4):364-368.  
 [5]刘晟,裴子文,孟宪梅.神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的系统评价及 Meta 分析[J].中国康复,2019,34(8):426-431.  
 [6]徐颖.醒脑开窍针结合神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者的疗效[J].心血管康复医学杂志,2019,28(1):100-103.  
 [7]王星淳.脑卒中后吞咽障碍患者神经肌肉电刺激与吞咽功能训练联合治疗效果分析[J].山西医药杂志,2019,48(20):2492-2494.  
 [8]代欣,魏冰,公维军.神经肌肉电刺激结合饮食指导对卒中后吞咽障碍患者的疗效[J].神经疾病与精神卫生,2018,18(11):779-784.  
 [9]方君辉,宋丰军,陈炳,等.颈项针联合电刺激对脑卒中吞咽障碍临床效果和脑血流的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(2):474-479.  
 [10]张莉,刘畅,李慧敏,等.低频电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].实用老年医学,2018,32(5):478-480.  
 [11]殷淑萍,刘训灿,颜秀丽,等.低频脉冲电刺激联合吞咽训练对急性脑卒中吞咽障碍的治疗作用[J].实用老年医学,2018,32(8):784-785.

(收稿日期: 2020-08-20)

# 奥马哈系统的延伸护理应用于增生性糖尿病视网膜病变

范小丽

(河南省开封市中心医院 开封 475000)

**摘要:**目的:分析奥马哈系统的延伸护理服务对增生性糖尿病视网膜病变患者自护能力及健康调查简表评分的影响。方法:选取 2017 年 8 月~2019 年 3 月收治的增生性糖尿病视网膜病变患者 74 例,按建档时间分为试验组与参照组,各 37 例。两组均予以康柏西普辅助微创玻璃体切除术,参照组予以常规护理干预,试验组在参照组基础上予以奥马哈系统的延伸护理服务。对比两组护理工作满意度及干预前后自我护理能力测量表评分、健康调查简表评分及负面情绪。结果:试验组干预后自我护理能力、健康调查简表评分较参照组高 ( $P<0.05$ ); 负面情绪评分较参照组低 ( $P<0.05$ ); 试验组护理工作满意度 94.59%(35/37) 较参照组 78.38%(29/37) 高 ( $P<0.05$ )。结论:增生性糖尿病视网膜病变患者予以奥马哈系统的延伸护理服务可减轻患者负面情绪,提高患者自护能力及生活质量,提高护理工作满意度。

**关键词:**增生性糖尿病视网膜病变;奥马哈系统的延伸护理;自我护理能力测量表评分

中图分类号:R473.77

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.073

增生性糖尿病视网膜病变(Proliferative Diabetic Retinopathy, PDR) 属于糖尿病严重并发症之一,发病率高达 20.5%~46.9%<sup>[1]</sup>。当前,临床针对 PDR 主要采取药物联合手术治疗,以控制患者血糖、复位视网膜,改善患者临床症状,但由于受患者自护能力低等多方面因素影响,PDR 致盲率仍居高不下<sup>[2]</sup>。因此,临床应在药物联合手术治疗基础上配合相关护理干预,以提高患者自护能力,改善患者预后。基于此,本研究选取我院 PDR 患者,以探究奥马哈系统的延伸护理服务应用价值。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经我院医学伦理委员会审批通过,选取我院 2017 年 8 月~2019 年 3 月收治的 PDR 患者 74 例,按建档时间分为试验组与参照

组,各 37 例。试验组男 22 例,女 15 例;年龄 40~67 岁,平均年龄(53.62± 6.45)岁。参照组男 21 例,女 16 例;年龄 41~68 岁,平均年龄(53.84± 6.72)岁。两组年龄、性别资料均衡可比( $P>0.05$ )。

1.2 入组标准 纳入标准:(1)经临床确诊为 PDR;(2)符合手术适应证;(3)一般资料完整;(4)患者及家属知情,签订承诺书。排除标准:(1)严重依从性差者;(2)妊娠期女性;(3)伴有严重意识障碍或患有精神疾病无法配合本研究。

1.3 护理方法 两组均予以康柏西普辅助微创玻璃体切除术。

1.3.1 参照组 予以常规护理干预。(1)用药护理,告知患者及家属详细用药方式及可能的不良反应。(2)眼部自我护理,告知患者及家属正确用眼注意事

项,如避免熬夜,使用干净毛巾擦洗眼睛,常到户外看绿色植物等。

**1.3.2 试验组** 在参照组基础上予以奥马哈系统的延伸护理服务。(1)建立延伸护理小组。小组成员包括 5 名护士、1 名护士长,护理人员均具备丰富护理经验和专业知识能力。(2)问题分类。于患者出院前 1 d,小组成员依照奥马哈系统框架从生理、社会心理、健康相关行为、环境 4 个领域评估患者现存及潜在的问题,主要包括自护能力低、生活质量低、负性情绪严重等。(3)干预措施。建立 PDR 患者电子档案,依照患者实际需求及自身认知水平制定具体护理计划;知识宣教,通过 QQ、微信等电子通信方式向患者详细讲解发病机制、影响因素及日常注意事项,建立微信群,小组成员每天于固定时间轮流在线答疑,以及时解决患者所存在问题;血糖监测,指导患者及家属正确使用微量血糖计、胰岛素注射器等,保障患者及家属熟练掌握血糖监测和胰岛素注射方法;心理干预,患者因视力障碍等因素易产生焦虑等负面情绪,护理人员应因引导患者家属对其予以心理疏导,同时邀请专业心理医师指导患者家属如何缓解患者负面情绪,如向患者讲解疾病可治愈性及既往恢复成功案例;随访,每周 1 次电话随访,及时了解患者病情改善情况,依照患者实际情况调整用药方案;干预后评分,再次评估患者自护能力低、生活质量低、负性情绪严重等问题,依照动态评估结果改进护理计划并落实到位。

**1.4 观察指标** (1)采用自我护理能力测量表(ESCA)评估两组干预前后自护能力,评分越高,自护能力越高;采用健康调查简表(SF-36)评估两组干预前后生活质量,评分越高,生活质量越高。(2)采用抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评估两组干预前后负性情绪,评分越高,负性情绪越严重。(3)采用纽卡斯尔护理服务满意度量表(NSNS)评估两组护理工作满意度,非常不满意为 19~37 分;不满意为 38~56 分;一般满意为 57~75 分;满意为 76~94 分;非常满意为 95 分。护理工作满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

**1.5 统计学分析** 采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析,计量资料(ESCA、SF-36、SDS、SAS 评分)以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料(护理工作满意度)以%表示,行  $\chi^2$  检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组干预前后 ESCA、SF-36 评分比较

干预前,两组 ESCA、SF-36 评分对比无显著差异( $P>0.05$ );干预后,试验组 ESCA、SF-36 评分较参照组高( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组干预前后 ESCA、SF-36 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	ESCA		SF-36	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	37	87.37±4.35	143.68±4.35	68.29±3.57	86.93±3.42
参照组	37	87.16±4.28	118.51±4.46	68.41±3.29	79.68±3.26
t		0.209	24.575	0.150	9.334
P		0.835	<0.001	0.881	<0.001

**2.2 两组干预前后负性情绪比较** 干预前,两组 SDS、SAS 评分对比无显著差异( $P>0.05$ );干预后,试验组 SDS、SAS 评分较参照组低( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组干预前后负性情绪比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	SDS		SAS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	37	55.61±3.16	44.46±2.54	52.16±3.26	42.71±2.48
参照组	37	55.28±3.37	47.52±2.35	52.42±3.51	45.56±2.29
t		0.435	4.381	0.330	5.136
P		0.665	<0.001	0.742	<0.001

**2.3 两组护理工作满意度比较** 试验组护理工作满意度 94.59%较参照组的 78.38%高( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组护理工作满意度比较[例(%)]

组别	n	满意度				护理工作满意度	
		非常不满意	不满意	一般满意	非常满意		
试验组	37	0(0.00)	1(2.70)	1(2.70)	19(51.35)	16(43.24)	35(94.59)
参照组	37	1(2.70)	2(5.41)	5(13.51)	17(45.95)	12(32.43)	29(78.38)
$\chi^2$							4.163
P							0.041

## 3 讨论

PDR 为糖代谢异常引发的眼部并发症,患者多出现视力下降等症状,严重者可失明,极大影响患者健康及生活质量<sup>[9]</sup>。常规护理主要为用药护理、眼部自我护理,护理内容单一,整体护理效果欠佳。奥马哈系统的延伸护理服务为护理的新趋势,因具有针对性、系统性等优势近年来在临床得到广泛应用<sup>[4-6]</sup>。本研究针对 PRD 患者予以奥马哈系统的延伸护理服务,结果显示,试验组干预后 ESCA、SF-36 评分较参照组高,SDS、SAS 评分较参照组低( $P<0.05$ ),提示奥马哈系统的延伸护理服务可减轻患者负性情绪,提高患者自护能力及生活质量。护理人员系统性进行问题分类,可明确患者现存及潜在问题,为护理人员制定护理计划提供依据;依照患者实际护理需求及认知水平制定具体护理方案,可保障护理计划具有针对性、可行性;护理人员通过微信群每天固定

时间在线答疑,可使患者所存问题得到及时解决;护理人员指导患者及家属熟练掌握血糖监测方法和胰岛素注射方法,利于提高患者自护能力,指导患者家属予以患者心理疏导,利于减轻患者负性情绪;每周 1 次电话随访,可使护理人员了解患者病情进展,及时调整用药方法,以加快患者康复进程;干预后再次对患者所存问题进行评分,依照评估结果调整护理计划,可有效提高护理质量。同时,本研究结果还显示, 试验组护理工作满意度 94.59%较参照组 78.38%高 ( $P<0.05$ ),提示奥马哈系统的延伸护理服务可提高护理工作满意度。

综上所述,PDR 患者予以奥马哈系统的延伸护理服务可减轻患者负性情绪,提高患者自护能力及

生活质量,并具有较高护理工作满意度。

参考文献

[1]贾雪芳,冯学峰,辛志坤,等.玻璃体切除联合白内障手术治疗增生性糖尿病视网膜病变[J].局解手术学杂志,2017,26(3):215-217.  
 [2]吴志勇,姚宜,闵云花,等.康柏西普辅助微创玻璃体切除术治疗增生性糖尿病视网膜病变的临床观察[J].临床眼科杂志,2017,25(2):141-144.  
 [3]王萍,陈松,何广辉,等.不同联合手术方式治疗增生性糖尿病视网膜病变的有效性及其并发症[J].国际眼科杂志,2017,17(5):970-973.  
 [4]肖茜予,龚放华.以奥马哈系统为框架延伸护理模式对急性脑卒中偏瘫患者的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(9):1228-1230.  
 [5]张婧祎,余静,王小妮.以奥马哈系统为框架的延伸照护表对癫痫患儿慢性病管理质量的影响[J].护理研究,2019,33(1):122-126.  
 [6]肖适崎,范玲.慢性病延伸护理领域中奥马哈系统的应用进展[J].护理研究,2015,29(33):4102-4105.

(收稿日期: 2020-02-20)

# 中西医结合护理对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响观察

孙蕊 王敏

(郑州大学第一附属医院眼科门诊护理 河南郑州 450052)

**摘要:**目的:探讨中西医结合护理对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月收治的干眼症患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。对照组给予常规护理干预,观察组患者给予中西医结合护理干预。比较两组患者干预前后干眼症积分改善情况、泪膜破裂时间、泪液分泌量、角膜荧光素染色及泪液中炎症介质水平。结果:两组治疗后泪膜稳定性指标较治疗前明显改善,且观察组泪膜破裂时间、泪液分泌量、角膜荧光素染色等泪膜稳定性指标改善情况均优于对照组 ( $P<0.05$ );两组治疗后干眼症状积分及泪液中肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素- $\beta$  水平较治疗前降低,且观察组低于对照组 ( $P<0.05$ )。结论:中西医结合护理可明显改善干眼症患者临床症状,提高泪膜稳定性,抑制炎症反应。

**关键词:**干眼症;中西医结合护理;症状积分;炎症介质

中图分类号:R473.77

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.01.074

干眼症是多种因素使泪膜稳定性下降导致眼睛出现异物感、干涩、易疲劳、对外界刺激敏感等症状的眼部慢性炎症反应,随着病情进展,严重者可出现眼睛失明<sup>[1]</sup>。临床常见类型有水样液缺乏性、泪液动力缺乏性、脂质缺乏性、黏蛋白缺乏性以及混合性,其中以水样液缺乏性最为常见。随着科技发展,电子产品的增多,干眼症的发病率呈逐年递增,并趋于年轻化<sup>[2]</sup>。由于该病病变部位的特殊性,在积极治疗的同时给予有效的护理干预,可以提高临床疗效,防止复发。本研究以干眼症患者 100 例为研究对象,旨在探讨中西医结合护理干预对干眼症患者症状改善及泪液中炎症介质水平的影响。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月~2020 年 1 月我院收治的干眼症患者 100 例为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组各 50 例。观察组男

17 例,女 33 例;年龄 37~48 岁,平均  $(42.15 \pm 3.66)$  岁;病程 3~6 个月,平均  $(4.72 \pm 1.41)$  个月;病情严重程度:轻中度 39 例,重度 11 例。对照组男 14 例,女 36 例;年龄 38~49 岁,平均  $(42.32 \pm 3.53)$  岁;病程 3~6 个月,平均  $(4.68 \pm 1.30)$  个月;病情严重程度:轻中度 41 例,重度 9 例。两组患者一般资料均衡可比 ( $P>0.05$ )。纳入标准:符合干眼症的诊断,病程  $\leq 6$  个月,近 1 个月内未进行药物治疗;睑板腺功能正常;双侧病变;水样液缺乏性干眼症;患者知晓本研究并签署同意书。排除标准:合并睑外翻者;伴全身性重症疾病者;合并青光眼、沙眼等其他眼部病变者;依从性差者。

1.2 护理方法 对照组患者给予眼科常规护理。(1)雾化护理,超声雾化器中置入生理盐水,调节温度为  $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ,协助患者佩戴好热敷眼罩,将眼睛靠近雾化口进行熏蒸,注意避免烫伤;(2)用药护理,遵